Washington State Department of Social & Health Services

Solicitud para beneficios
Preguntas Respuestas

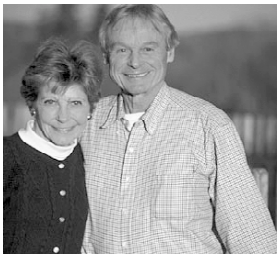
Si necesita ayuda para leer esto, sírvase solicitar ayuda a la recepcionista.

Asistencia en efectivo

Asistencia alimenticia

Asistencia médica

Asistencia general para personas desempleadas



Hogar de cuidado de reposo o vivienda con ayuda

Gente ayudando a Gente

P. **¿Cómo solicito los beneficios?**

R. Es fácil – solamente complete la solicitud. Si necesita ayuda para completar este formulario marque el casillero en la parte superior de la página 2. La fecha de solicitud afecta el tiempo de demora para el inicio de sus beneficios. Si está solicitando por otra persona, complete las preguntas con los datos de esa persona. **Necesitamos al menos su nombre, dirección y firma en la página 2 para iniciar el proceso de solicitud y las páginas 3 y 4 para completar el proceso de la solicitud. Si no tiene una dirección, sírvase hablar con la recepcionista cuando presente su solicitud para que podamos encontrar la forma de contactarle.** Puede presentar el formulario a la recepcionista o enviarlo por correo a su Oficina de Servicios Comunitarios local (CSO). Para servicios de cuidado a largo plazo, envíe el formulario por correo a su Oficina de Servicios Comunitarios y de Vivienda. Si está solicitando asistencia médica no es necesaria una entrevista.

P. **¿Qué pasa si necesito ayuda alimenticia de inmediato?**

R. **Llene los puntos 1 al 14 del formulario y entréguelo a la recepcionista ahora.**
Si no se encuentra en la oficina local, envíe esta solicitud por correo o llévela a su oficina local.

Puede obtener ayuda alimenticia dentro de los cinco (5) días desde la fecha en que recibimos su solicitud si:

- Muestra evidencia de identidad; **y**
- El ingreso familiar o los recursos de su hogar son bajos; **o**
- El ingreso familiar y los recursos de su hogar no son suficientes para pagar su renta mensual y los servicios públicos combinados; **o**
- En su hogar hay un inmigrante necesitado o trabajadores temporales del campo.

P. **¿Cuándo comenzarán mis beneficios?**

R. Si es elegible para asistencia en efectivo, sus beneficios comienzan el día que recibimos toda la información para determinar su elegibilidad. Si es elegible para beneficios de alimentos, el monto de sus beneficios se basa generalmente en la fecha en que recibimos la solicitud. Para asistencia médica, la fecha de inicio de cobertura depende del programa médico para el que usted califica y la fecha en la que recibimos su solicitud. Puede pedir ayuda con algunas cuentas médicas vencidas.

Información importante sobre el estado migratorio y los números de seguro social

- Usted puede solicitar beneficios para parte de su familia aún cuando algunos miembros de su familia podrían no ser elegibles debido a su estado migratorio. El Estado de Washington tiene algunos programas para personas sin número de seguro social o prueba de estado migratorio.
- Si necesita asistencia en efectivo o alimenticia, debe proporcionar número de seguro social o estado migratorio solo para las personas que estén solicitando. Usted también puede proveer su número de seguro social voluntariamente y nosotros lo usaremos para verificar la información necesaria para determinar la elegibilidad, como ser sus ingresos. Si elige no proporcionar su número de seguro social o estado migratorio, sus ingresos y recursos aún deben ser verificados de ser necesario para determinar su elegibilidad.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohibe la discriminación en todos sus programas y actividades basados en la raza, color, sexo, religión, nacionalidad de origen, o creencias políticas. Las personas con impedimentos físicos que requieran medios alternativos para la comunicación sobre información de los programas (Braile, impresión ampliada, cintas grabadas, etc.) deben contactar a USDA's TARGET Center al (202) 720-2600 (voz y TDD). Para presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador de oportunidad igualitaria.

DSHS 14-001 SP (X) (REV. 07/2003)

SOLICITUD DE BENEFICIOS

Washington State Department of Social & Health Services

☐ **Si necesita ayuda para completar este formulario, sírvase marcar este casillero v llévelo a la**

FOR OFFICE USE ONLY	
DATE RECEIVED	INITIALS

1. PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	FIRMA (REQUERIDO)	2. Nº IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI SE CONOCE)

3. DIRECCIÓN DONDE VIVE (CALLE)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	4. NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR O PARA MENSAJES

5. DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	6. NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO

7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO

8. NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

9. Estoy solicitando (marcar todo lo que corresponda):

☐ Dinero en efectivo ☐ Hogar de cuidado de reposo ☐ Otro (sírvase indicar): _____

☐ Alimentos ☐ Tratamiento contra la drogadicción y alcoholismo _____

☐ Asistencia médica ☐ COPES (Vivienda con ayuda o Cuidado en el hogar) _____

10. Cuánto dinero calcula usted que ingresará en su familia este mes: $ _____

11. Con cuánto dinero en efectivo y en cuentas bancarias cuenta su familia: $ _____

12. Cuánto paga su familia de alquiler o hipoteca: $ _____

13. Qué facturas de servicios públicos paga su familia: ☐ Calefacción /Refrigeración ☐ Teléfono ☐ Otro: _____

14. ¿Hay alguien en su familia que sea un trabajador agricultor por temporada o migratorio? ☐ Sí ☐ No

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service: ☐ **Yes** ☐ **No** **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

15. Necesito una entrevista telefónica porque soy: ☐ anciano ☐ discapacitado ☐ estoy trabajando ☐ otra dificultad: _____

16. ☐ Necesito un traductor. Yo hablo: _____ o ☐ señas; Quiero mi correspondencia en: _____

17. Si está solicitando asistencia alimenticia, ¿Para cuántas personas compra y prepara alimento en su hogar? _____

18. En los últimos 30 días, obtuve efectivo, alimento o asistencia médica en otro estado o entidad: ☐ Sí ☐ No

19. Yo o alguna otra persona por la que estoy solicitando fue condenado por un delito relacionado con droga cometido después del 08/21/96: ☐ Sí ☐ No

20. Yo o alguna otra persona por la que estoy solicitando está huyendo de la ley para evitar ir a corte o a prisión por un delito: ☐ Sí ☐ No

21. Yo o alguien en mi hogar tiene (marcar todo lo que corresponda):

☐ Embarazo; fecha de parto: _____

☐ Emergencia médica ☐ Orden de desalojo ☐ Servicios públicos cortados o sin calefacción

☐ Situación de violencia doméstica ☐ Incapacidad física (enuncie qué tipo): _____

22. **La siguiente información es voluntaria y no será usada para determinar su elegibilidad para los beneficios.**

Mi historial étnico es Hispano o Latino: ☐ Sí ☐ No Yo considero que mi raza es (marque **todo** lo que corresponda): ☐ Blanco

☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo hawaiiano o de otra isla del Pacífico

☐ Indígena Americano o nativo de Alaska; nombre de la tribu: _____ ☐ Otra (indicar): _____

23. Enumere a cada miembro de su hogar aún si no está solicitando por ellos (adjunte hojas adicionales, de ser necesario).

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)	¿CÚAL ES SU RELACIÓN CON ESTA PERSONA?	¿USTED QUIERE BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA? SÍ NO	FECHA DE NACIMIENTO	OPCIONAL PARA NO-SOLICITANTES: ¿CIUDADANO AMERICANO? SÍ NO	OPCIONAL PARA NO-SOLICITANTES: SI NO ES CIUDADANO, ¿HAY UN DOCUMENTO QUE MUESTRE SU ESTADO? SÍ NO	OPCIONAL PARA NO-SOLICITANTES: NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO M o F
	Yo mismo/a	☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		
		☐ ☐		☐ ☐	☐ ☐		

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	Nº DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE

I. Información general

1. Todas las personas por las que estoy solicitando viven en el Estado de Washington: ☐ Sí ☐ No De ser sí, desde (indicar la fecha): _____
2. Yo o algún miembro de mi hogar es un extranjero patrocinado: ☐ Sí ☐ No
3. Algún miembro está temporalmente fuera de mi casa: ☐ Sí ☐ No De ser sí, ¿quién? (indicar): _____
4. Yo o algún miembro de mi hogar es un veterano o dependiente o cónyuge de un veterano (vivo o fallecido): ☐ Sí ☐ No
5. Vivo en: ☐ Mi propia casa o apartamento ☐ Hogar de cuidado de reposo ☐ Hogar en grupo
   ☐ Instalación (indicar tipo): _____ ☐ Otra: _____
6. Soy: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a

II. Información de seguro médico y de salud

Yo o nosotros (marque los casilleros apropiados):

1. Tengo/tenemos problemas de salud que no me/nos dejan trabajar ..... ☐ Sí ☐ No
2. Tengo/tenemos cuentas médicas pendientes ..... ☐ Sí ☐ No
3. Necesito/amos ayuda con las cuentas médicas pendientes para cualquiera de los últimos tres (3) meses ..... ☐ Sí ☐ No
4. Planeo/planeamos ingresar, estoy/estamos, hace poco tiempo salí/salimos de una instalación médica (como ser un hospital u hogar de cuidado de reposo) ..... ☐ Sí ☐ No
5. Tengo/tenemos cobertura médica (incluido Tricare o seguro de cuidado prolongado) ..... ☐ Sí ☐ No
6. Tengo/tenemos Medicare (NOTA: Esto **no** es lo mismo que tener cupones médicos) ..... ☐ Sí ☐ No
7. Tuve/tuvimos un accidente que requiere cuidado médico ..... ☐ Sí ☐ No

III. Recursos

No necesita completar esta sección si está solicitando SOLAMENTE para seguro de salud para niños o embarazo.

Además de la lista enumerada a continuación, otros ejemplos de recursos incluyen efectivo, dinero guardado por otros, contratos de venta, hacienda, cultivos y equipamiento de trabajo.

1. Yo, mi cónyuge o alguna otra persona para la cual estoy solicitando tiene recursos: ☐ Sí ☐ No De ser sí, sírvase enumerarlos a continuación:

¿TIPO DE RECURSO?	¿DE QUIÉN ES EL RECURSO?	¿DÓNDE ESTÁ EL RECURSO? (EJ. NOMBRE DEL BANCO)	MONTO O VALOR	¿DE QUIÉN ES EL RECURSO?	¿DÓNDE ESTÁ EL RECURSO? (EJ. NOMBRE DEL BANCO)	MONTO O VALOR
Cuenta(s) corriente(s)			$			$
Cuenta(s) de ahorro(s) o de unión de crédito			$			$
Cuenta(s) de plazo fijo o inversión en la bolsa			$			$
Fideicomisos y anualidades			$			$
Valores, bonos o fondos mutuos			$			$
Fondo de retiro o IRA			$			$
Fondos para entierro, planificación o parcelas			$			$
Seguro de vida			$			$
Propiedad			$			$
Otro:			$			$
Otro:			$			$

2. Yo, mi cónyuge o alguna otra persona para la cual estoy solicitando ha vendido, intercambiado, cedido o transferido un recurso en los últimos cinco (5) años (incluye transferencias a valores y propiedades vitalicias): ☐ Sí ☐ No De ser sí, qué: _____ cuándo: _____
3. Yo, o la persona para la cual estoy solicitando contamos con los siguientes vehículos (incluyendo camionetas, vans, botes y casas móviles):

AÑO (EJ. 1980)	FABRICANTE (EJ. FORD)	MODELO (EJ. ESCORT)	¿EL VEHÍCULO ESTÁ PRENDADO?	YO O NOSOTROS USAMOS ESTE VEHÍCULO PARA PROPÓSITOS MÉDICOS	YO O NOSOTROS TODAVÍA DEBEMOS ESTE VEHÍCULO
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

IV. Ingreso

1. Yo, mi cónyuge o alguna otra persona para la cual estoy solicitando tiene ingresos: ☐ Sí ☐ No De ser sí, sírvase completar esta sección:

NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DOLARES ANTES DE IMPUESTOS)
	$ _____ por: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Dos semanas
¿Es este trabajo por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No Quién produce los ingresos:	☐ Dos veces al mes ☐ Mes Horas por semana: _____ Días de pago (ej. 1 y 15, o cada viernes): _____
NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DOLARES ANTES DE IMPUESTOS)
	$ _____ por: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Dos semanas
¿Es este trabajo por cuenta propia? ☐ Sí ☐ No Quién produce los ingresos:	☐ Dos veces al mes ☐ Mes Horas por semana: _____ Días de pago (ej. 1 y 15, o cada viernes): _____

2. **Yo, mi cónyuge o alguna otra persona para la cual estoy solicitando renunció a un trabajo en los últimos 60 días.** ☐ Sí ☐ No

3. OTROS INGRESOS	¿QUIÉN PRODUCE LOS INGRESOS?	MONTO BRUTO MENSUAL	¿QUIÉN PRODUCE LOS INGRESOS?	MONTO BRUTO MENSUAL
Beneficios de desempleo		$		$
Seguro Social		$		$
Ingreso suplemental de seguro (SSI)		$		$
Manutención de niño o manutención del cónyuge		$		$
Retiro o pensión		$		$
Administración de veteranos (VA) o militares		$		$
Labor e Industrias (L&I) o beneficios de seguro		$		$
Valores y anualidades		$		$
Otro:		$		$

V. Gastos mensuales

RENTA	HIPOTECA	RENTA DE ESPACIO	SEGURO DE PROPIETARIO	IMPUESTOS A LA PROPIEDAD	VALUACIONES CATASTRALES
$	$	$	$	$	$

Servicios Públicos (marque todo lo que corresponda): ☐ Electricidad **(no calefacción)** ☐ Teléfono ☐ Calefacción (gas, eléctrica, aceite) ☐ Agua, cloaca, recolección de residuos

Otra persona o agencia me ayuda a pagar todo o parte de mis costos de vivienda: ☐ Sí ☐ No

De ser sí, quién: _____ Qué gasto: _____ Monto que ellos pagan: $ _____

Yo (nosotros) pago (pagamos) o debería (deberíamos) pagar (marque todo lo que corresponda):

☐ Cuidado de niño o dependiente	Monto mensual: $	Quién paga:
☐ Manutención de niño	Monto mensual: $	Quién paga:
☐ Cuentas médicas	Monto mensual: $	Quién paga:

DECLARACION Y FIRMA

He leído (o se me han explicado) mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente, DSHS 14-113(X). Debo informar los cambios como lo requiere el departamento. Debo proporcionar evidencia de mi elegibilidad. DSHS podría ayudarme a conseguir la evidencia o contactar otras personas o agencias para ello. Al recibir asistencia temporaria para familias necesitadas (TANF) o beneficios de cuidado médico, concedo ciertos derechos de manutención de niño o cuidado médico al Estado de Washington. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi más leal saber y entender. Entiendo que puedo ser procesado(a) penalmente si recibí efectivo, alimento o asistencia médica erróneamente debido a una declaración falsa hecha deliberadamente o si no he informado deliberadamente algo que debí hacerlo. Solamente el solicitante debe firmar si está solicitando asistencia alimenticia. Si está solicitando ayuda en efectivo o médica, todos los adultos miembros del hogar deben firmar.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DE OTRO ADULTO	FECHA
FIRMA DEL AYUDANTE O REPRESENTANTE	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO DE SER FIRMADO CON "X"	FECHA